

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 190

ESSAI

SUR LA

HERNIE PÉRIDUODÉNALE

DROITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph ARNAUD

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 5 Mars 1878, à La Mure (Isère)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1903

ESSAI

SUR LA

HERNIE PÉRIDUODÉNALE

Droite



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 190

ESSAI

SUR LA

HERNIE PÉRIDUODÉNALE

DROITE

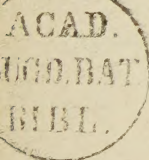
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Joseph ARNAUD

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 5 Mars 1878, à La Mure (Isère)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	X...
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLEL.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. DURAND et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

V. D. ARNAUD, ancien notaire

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

C. B. ARNAUD

Ancien Directeur de l'Enregistrement, Chevalier de la Légion d'honneur

A MON ONCLE LE DOCTEUR A. CARAL

A MES TANTES

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale, Officier de la Légion d'honneur

Au terme de nos études, nous nous faisons un devoir d'exprimer notre vive reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales et ont été pour nous des maîtres dévoués à la Faculté ou dans les Hôpitaux.

M. le docteur MOLIN, ancien interne des hôpitaux, a droit à des remerciements tout particuliers de notre part. Pendant tout notre séjour à Lyon, il nous a prodigué ses encouragements et ses bons conseils, et c'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans son exécution.

Nos maîtres dans les hôpitaux MM. VINCENT, ROCHET, ROLLET, et M. le professeur JABOULAY nous ont pendant les semestres d'externat que nous avons passés auprès d'eux, montré trop de marques d'intérêt, pour que nous ne les priions pas à notre tour de recevoir l'expression de notre reconnaissance et de notre dévouement.

Enfin, que M. le professeur PONCET veuille bien croire à toute notre gratitude pour l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Ce travail a pour point de départ une intéressante observation du Docteur Molin sur un cas d'occlusion intestinale aiguë opérée par lui dans le service de M. le professeur Poncet, occlusion dont l'origine remontait à une hernie rétropéritonéale au niveau des fossettes périduodénales. Ces cas de hernies internes étant rares, très rares, nous avons pensé que l'un d'eux offrait suffisamment d'intérêt pour susciter un coup d'œil d'ensemble sur cette affection.

Depuis des travaux aujourd'hui classiques, et que nous citerons maintes fois au cours de cette étude, il n'est plus besoin de définition rigoureusement exacte à ce chapitre de pathologie abdominale.

En effet, quand nous disons hernie rétropéritonéale avec Jonnesco, ou hernie intra-péritonéale ou intra-abdominale avec Brœsikenous n'entendons pas donner un sens très précis à ces termes. C'est à un point de vue plus topographique qu'anatomique qu'il faut les envisager. A tout prendre, et pour un esprit paradoxal, la

hernie inguino-propéritonéale pourrait être dite, elle aussi, rétro-péritonéale, et cependant qu'a-t-elle de commun avec la variété de hernies dont nous allons nous occuper? De même avec un peu plus de casuistique on pourrait soutenir que toutes les hernies sont intra-péritonéales! Nous n'insisterons pas davantage.

Que faut-il donc entendre par hernie intrapéritonéale ou rétro-péritonéale, car pour nous ces deux hernies sont rigoureusement équivalentes? En s'inspirant des travaux de Jonnesco et de Bröesike, *on peut considérer comme hernies rétropéritonéales, celles qui munies d'un véritable sac péritonéal sont formées dans une fossette péritonéale normale préexistante et se développent dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal de la paroi postérieure de l'abdomen.*

Ainsi entendues les hernies rétropéritonéales forment un groupe subdivisé par les auteurs en quatre variétés suivant qu'elles se développent au niveau des fossettes périoduodénales, périécæcales, intersigmoïde, ou de l'hiatus de Winslow.

Nous nous proposons ici un cadre de travail très limité en ne nous occupant que d'une seule catégorie, celle des hernies périoduodénales, de beaucoup d'ailleurs la plus importante. Et encore, parmi elles, n'insisterons nous seulement que sur l'une de ses variétés à laquelle se rapporte l'observation inédite de notre thèse.

Après cet exposé nécessaire à la délimitation de notre sujet, nous serons brefs sur l'historique, surtout sur celui qui concerne la période antérieure au travail de Jonnesco paru en 1890.

La plupart des hernies rétro-péritonéales ont été des

trouvailles d'autopsies ou d'opération au cours ou non d'une occlusion intestinale. Longtemps elles furent considérées comme de simples anomalies de développement du péritoine, indignes de figurer dans un traité de pathologie.

Treitz, le premier en 1857, publia un mémoire sur la hernie duodénale qui porte son nom. Il rapporte un certain nombre de cas observés antérieurement, ceux de Bryck (1857), de Biagini (1847), de Hauff (1839), de Bordenave (1782), d'Albers, d'Hesselbach, de Monro-Junior, de Ridge et Hilton (1854). Et devant la faiblesse des renseignements cliniques Treitz conclut à la presque impossibilité d'un diagnostic clinique ferme. Nous verrons que nous ne sommes aujourd'hui, hélas ! pas beaucoup plus avancés.

Treitz avait essayé de nous donner une histoire clinique ; ses successeurs jusqu'à Jonnesco se sont surtout occupés de l'anatomie des fossettes et de l'anatomie pathologique de cette lésion. Ces auteurs sont Lambl (1859), Klob (1861), Grüber (1861), Waldeyer (1868), qui décrivit la fossette longeant la quatrième portion du duodénum, Lanzert qui en 1871 trouva une nouvelle fossette à laquelle on a donné son nom ; Eppinger (1878), Toldt (1879), Trèves (1885), qui donna encore la description d'une fossette duodéno-jéjunale, autre que celle de Treitz, Zwaardenmaker (1884, observation de hernie duodénaie étranglée), Staudenmayer (1886, seul cas de hernie rétro-péritonéale diagnostiquée sur le vivant), Strazewski (1888, longue observation).

C'est en 1890, que Jonnesco publia son long travail

sur les hernies rétropéritonéales. Il rapporta deux cas nouveaux de hernie duodénale, et réunit tout ce qui avait été fait sur les diverses hernies rétropéritonéales. Ce travail est encore aujourd'hui ce qu'il y a de mieux et de plus complet sur la question.

La même année 1890, M. Gangolphe publiait dans le *Lyon Médical* un article sur un cas de hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, et si nous en parlons bien que nous ne nous occupions pas de cette variété de hernies rétropéritonéales, c'est qu'à cette occasion M. Gangolphe mit pour la première fois en évidence un symptôme important pour le diagnostic, des étranglements internes, l'épanchement séro-hématique.

C'est encore en 1890 de M. Rogie de Lille, publiait un cas de hernie rétropéritonéale dans une fossette duodénale et M. Routier un autre.

En 1891, M. Jaboulay découvrit une de ces hernies à l'amphithéâtre de la Faculté sur un cadavre non autopsié, et au sujet duquel on ne put avoir aucun renseignement clinique. La même année parurent une observation de Barrs (hernie étranglée) et surtout le travail de Brœsike. Ce mémoire est très complet au point de vue anatomique, il nous fait connaître une nouvelle fossette parajéjunale, sous la racine du mésentère. Mais au point de vue clinique il n'apporte aucune contribution personnelle à l'histoire des hernies intra-péritonéales ou intra-abdominales comme il les appelle.

A signaler en 1893 l'observation et le succès de Sonnenburg et une autre observation de Clarke puis en 1894 les cas de Masse, de Lauer et de Brünning et en 1895 ceux de Rüping, de Scheja et de Lapeyre (de Tours).

C'est cette année-là que parut la thèse de Poisson, de Lille, remarquable travail inspiré par Rogie et où l'auteur expose les différentes théories sur la formation des fossettes duodérales, leur anatomie, et la pathogénie des hernies rétropéritonéales qui se forment à leur niveau.

En 1896, Morestin présenta à la Société anatomique de Paris un cas de hernie rétropéritonéale qui bien que trouaille d'amphithéâtre n'en est pas moins très intéressant pour nous car il se rapproche beaucoup de celui qui est le point de départ de notre travail.

En 1897, Tubby publia l'observation d'un cas où il avait obtenu une guérison. Cette observation a été commentée par Moynihan en 1898.

Une autre cas de guérison a été publié en 1898 par Neumann avec de précieux détail sur l'opération.

A signaler en 99 un cas de Küppers de Berlin, et en 1900 un travail de M. Scholz sur le diagnostic de hernies de Treitz. Nous avons regretté de ne pouvoir nous procurer ce mémoire. Nous avons été plus heureux pour celui de M. C. Abée, d'Iéna ; le travail qui est, à notre connaissance du moins, le dernier en date relate trois nouvelles observations et les fait suivre de quelques réflexions sur la pathogénie des hernies rétropéritonéales.

Tels sont aussi complets que nous avons pu les réunir les divers documents concernant l'histoire des hernies rétropéritonéales dans les fossettes périoduodénales. Nous allons maintenant à notre tour essayer d'apporter notre modeste contribution à l'étude de cette affection.

Nous étant tracé comme nous l'avons dit plus haut un cadre relativement restreint qui embrasse surtout les points anatomiques et cliniques touchant à notre observation, nous exposerons dans ce travail :

1° Les variétés anatomiques connues actuellement des fossettes périoduodénales.

2° Les théories émises sur le mode de formation de recessus péritonéaux.

3° Ces données acquises, nous nous demanderons quelle était dans notre observation celle de ces fossettes qui constituait le sac herniaire, comment l'intestin avait pu pénétrer dans son intérieur, et s'il est possible en rattachant notre observation à d'autres déjà connues de la faire rentrer dans un groupe bien défini de hernies duodénales.

4° Enfin dans un dernier chapitre nous dirons quelques mots sur l'histoire clinique de cette affection, et sur les complications qu'elle peut entraîner en dehors de sa propre évolution.

ANATOMIE DES FOSSETTES DUODÉNALES

1° *Fossette duodéno-jéjunale de Treitz*. — Décrite en 1857, par Treitz, qui lui a donné son nom.

Située à gauche du point de jonction du duodénum avec le jéjunum, de forme semi-lunaire; *son bord libre tranchant est concave à droite*, embrassant le coude duodéno-jéjunal. Elle est caractérisée par la présence à une distance variable de son bord adhérent de la veine mésentérique inférieure en haut, de la branche de l'artère mésentérique inférieure destinée au mésocôlon descendant, en bas. L'ensemble du trajet de ces deux troncs vasculaires forme un arc de même direction que le bord adhérent du repli.

Derrière ce repli péritonéal de Treitz, entre lui et le duodénum, se forme nécessairement une dépression ou poche en forme d'entonnoir dont le fond est dirigé vers le duodénum.

Siège de la fossette de Treitz. — Elle se trouve en général sur le côté gauche de la troisième vertèbre lom-

baire et repose dans le fond d'une dépression de la paroi postérieure de l'abdomen, limitée :

a) Par le pancréas en haut.

b) Par le rein gauche en dehors.

c) Par l'aorte en dedans.

Placée dans le tissu cellulaire lâche rétropéritonéal cette fossette recouvre les vaisseaux qui se rendent au rein gauche.

Remarque : Treitz admet que la corne inférieure de la fossette peut manquer, il ne reste donc que la fossette duodénale supérieure de Jonnesco.

2° *Fossette double de Waldeyer*. — Observée deux fois par Poisson.

Très semblable de forme avec celle de Treitz, elle n'en diffère que parce que ses plis n'ont aucun rapport avec la veine mésentérique, ni avec l'artère colique gauche, et que son ouverture beaucoup plus petite est placée plus bas le long de la portion ascendante.

3° *Fossette de Lanzert* (Jonnesco. p. 45). — La charpente vasculaire de cette fossette est constituée par l'anneau vasculaire de Treitz. (aorte abdominale, veine mésentérique inférieure, artères mésentérique inférieure et colique gauche).

Elle diffère de la fossette duodéno-jéjunale de Treitz par un éloignement beaucoup plus considérable du duodénum. Son fond s'étend à gauche vers le côlon descendant.

4° *Fossette paraduodénale*. — Elle est décrite par

Jonnesco dans l'anatomie de Poirier. (Tube digestif, première édition).

C'est un large cul-de-sac péritonéal, situé à gauche et à une certaine distance de la portion ascendante du duodénum, derrière un repli séreux soulevé par l'artère colique gauche supérieure. *Son orifice très large regarde à droite*, et en avant, il est limité par le bord du pli.

Cette fossette paraduodénale est toujours bien distincte des deux fossettes duodénales qui se trouvent au dedans d'elle contre le flanc gauche de la portion ascendante du duodénum.

5° *Fossette duodéno-jéjunale*. — (Recessus duodéno-jéjunalis supérieur de Brœsike). Cette poche est distincte de la fossette duodéno-jéjunale de Treitz. Située entre le coude duodéno-jéjunal et le mésocôlon transverse, son fond correspond à la racine du mésocôlon transverse. *L'orifice d'entrée regarde en avant*.

Pour Jonnesco cette fossette serait toujours vasculaire. En effet, la veine mésentérique inférieure décrit un arc embrassant l'angle duodéno-jéjunal.

6° *Fossette duodénale inférieure*. — Se rencontre dans 75 % des cas d'après Jonnesco. Située le long de la partie initiale de la portion ascendante du duodénum, elle a la forme d'un cornet d'abondance accolé à l'intestin qu'il embrasse dans sa concavité.

Le sommet ou fond de la fossette est *dirigé à droite* et touche presque la racine du mésentère.

Son orifice ou base est *tourné en haut*.

La fossette se trouve derrière un repli péritonéal trian-

gulaire, tendu du duodénum au péritoine pariétal ; c'est le *repli duodénal inférieur*.

D'après Poisson, la fossette duodénale inférieure peut se combiner avec un recessus veineux, et former une poche apte à recevoir une hernie qui *alors se développera à gauche*.

7° *Fossette duodénale supérieure*. — Elle a une forme inverse de la précédente, c'est-à-dire que son ouverture regarde en bas. Elle affecte avec la veine mésentérique des rapports particuliers ; nous savons, en effet, que cette veine vient, en se rapprochant du duodénum, courir dans le mésocôlon descendant le long de la quatrième portion ; arrivée à hauteur de l'angle duodéno-jujénal elle décrit une arcade concave en bas et à droite, parallèle à la convexité de l'angle lui-même et va se jeter soit dans la veine splénique, soit dans la veine mésentérique supérieure. Elle est donc plus rapprochée du duodénum en haut qu'en bas, et le pli duodéno-mésocôlique supérieur pourra, plus souvent que l'inférieur, contenir la veine dans son épaisseur. Jonnesco prétend avoir toujours vu cette fossette vasculaire. Poisson a observé des cas où elle ne l'était cependant pas.

Cette fossette est la même que celle de Treitz sans corne inférieure,

8° *Recessus mésocolicus transversus*. — Cette fossette observée six fois seulement par Brœsike, ne serait pour cet auteur qu'une variété de la fossette duodéno-jéjunale de Jonnesco, située dans l'épaisseur du mésocôlon transverse, et transversalement dirigée de telle sorte que son orifice regarde à droite et son fond à gauche.

« Nous rapprocherons de cette fossette un type tout
« particulier, que nous n'avons vu signalé nulle part et
« que nous n'avons observé qu'une fois ; c'est une
« poche siégeant au niveau de la première portion du
« duodénum, entre celle-ci et le mésocôlon des-
« cendant. »

« Cette poche, transversale, avait son *ouverture tour-*
« *née à gauche*, et large de 4 centimètres ; en somme elle
« était formée par un pli d'accollement unissant le feuil-
« let supérieur du mésocôlon transverse à la partie
« terminale de la première portion du duodénum.
« Nous donnerons à cette fossette le nom de *fossette*
« *sus-mésocôlique* » (Poisson).

9° *Poche de Grubert-Lanzert ou sac accessoire.* —
Deux cas. Elle est située au même niveau que la fossette
duodéno-jéjunale de Jonnesco, et s'étend en arrière de
l'extrémité supérieure de la portion du duodénum, entre
celle-ci et la paroi abdominale postérieure.

En somme, c'est la fossette duodéno-jéjunale de Jonnesco se recourbant en bas pour se prolonger derrière l'angle duodéno-jéjunal.

Poisson propose de la nommer fossette *rétroduodénale supérieure* et la rapproche de la fossette paraduodénale de Jonnesco siégeant par contre, en bas en arrière de la troisième portion, et de la partie inférieure de la quatrième portion du duodénum, entre celles-ci. et l'aorte, et qu'il propose de dénommer *rétroduodénale inférieure*;

10° *Recessus veineux.* — Observé à l'état de forme pure par Brösike, il est essentiellement formé par un

pli soulevé à la surface du mésocôlon descendant par la veine mésentérique inférieure. Poisson ne l'a rencontré qu'une fois chez l'adulte, il est toujours peu important.

11° *Fossette parajéjunale de Bræsiike, ou mésentérico-pariétale.* — Bræsiike l'a observée deux fois. Dans les deux cas le jéjunum dépourvu de mésentère libre, était accolé au péritoine pariétal postérieur et à la portion ascendante du duodénum, la fossette se trouvait à l'endroit où le jéjunum devenu libre commence à avoir un mésentère propre.

Introduisant le doigt dans le recessus, l'auteur constata qu'il s'engageait un peu à droite du jéjunum entre le mésentère et le péritoine pariétal. Le fond de la poche se prolongeait donc à droite de la racine du mésentère, sous le mésocôlon ascendant.

Voici la description qu'en donne Poisson d'après les deux cas de Bræsiike et un cas personnel.

La direction générale de la fossette mésentérico-pariétale est oblique de bas en haut et de *gauche à droite* ; son orifice tourné à gauche et en bas est formé en avant par le bord libre du pli ; en arrière par le péritoine pariétal ; en haut par le jéjunum ou la troisième portion du duodénum. Elle présente une forme triangulaire dont les faces répondent aux bord de l'orifice.

Le pli mésentérico-pariétal présente une forme triangulaire ; son bord libre est falciforme et dirigé de droite à gauche et légèrement de bas en haut ; sa corne supérieure se perd soit sur le jéjunum, soit sur le duodénum ; sa corne inférieure répond à la racine du mésentère. Des deux bords adhérents l'un répond à la face posté-

rière du mésentère, sur lequel il s'insère, et l'autre se perd sur le péritoine pariétal.

La face antérieure du pli est traversée de haut en bas et de gauche à droite par la racine du mésentère contenant, dans son épaisseur, l'artère mésentérique supérieure. Le sommet du pli, formant le fond de la fossette, se perd à droite de la racine du mésentère, sur le péritoine pariétal situé dans le mésocôlon ascendant. Parfois la racine du mésentère et l'artère mésentérique longent le bord libre du pli, et la fossette est tout entière à droite de cette racine. (Voir plus loin le cas de Gérard-Marchant.)

La fossette mésentérico-pariétale peut se former à des endroits variables tout le long de la racine du mésentère, et si elle se rapproche assez du cœcum, l'artère iléo-cœcale vient remplacer l'artère mésentérique supérieure au niveau du pli.

12° *Fossette infra-duodénale de Poisson*. — Nous donnons ce nom (Th. Poisson) à une poche remarquable par sa situation à la partie inférieure de la troisième portion du duodénum. Nous ne l'avons jamais trouvée chez l'adulte, mais nous en avons vu chez le fœtus trois cas très nets. Elle est identique au point de vue de la forme à une fossette duodénale inférieure qui serait venue se placer au-dessous de la troisième portion du duodénum. Nous lui donnons un nom différent parce qu'elle en est entièrement distincte au point de vue de son mode de formation.

Elle présente la forme d'une *pyramide triangulaire à base tournée à gauche et légèrement en haut*.

La paroi antéro-inférieure est formée par le pli mésentérico-colique, pli unissant le mésocôlon iliaque au mésentère de l'intestin grêle. Ce pli est triangulaire et présente trois bords dont l'un est libre et les deux autres adhérents.

Le bord libre ou base, falciforme, concave à gauche, n'est autre que le bord antérieur de l'orifice de la poche ; sa corne supérieure, passant au-dessus de la troisième portion, va s'attacher au mésentère ; elle contracte cependant quelques adhérences avec la troisième portion. La corne inférieure se perd sur le mésocôlon iliaque. Le bord inférieur du pli se continue avec le mésocôlon iliaque tandis que le bord supérieur adhère au mésentère de l'intestin grêle.

La paroi antéro-supérieure n'est autre que la troisième portion du duodénum.

La paroi postérieure est constituée par le péritoine pariétal postérieur.

Le fond de la fossette répond à la racine du mésentère qui est adhérente à ce niveau. Il est clair que s'il y avait eu là un défaut d'accolement de la racine du mésentère, la fossette mésentérico-pariétale eut été constituée.

La profondeur de la fossette infra-duodénale est de un à deux centimètres.

EMBRYOLOGIE DES FOSSETTES

Nous traiterons très brièvement ce chapitre où nous ne pouvons que rapporter les différentes théories émises par les auteurs sur la formation des fossettes paraduodénales.

Nous chercherons plutôt à classer les si nombreux recessus péritonéaux décrits plus haut, d'après les théories les plus plausibles, après avoir très succinctement exposé et critiqué celles-ci.

I. — *Théorie de Treitz ou de la locomotion embryonnaire du tube intestinal.* — Treitz fait jouer un rôle capital à la traction exercée par la diminution progressive du volume du foie amenant le déplacement du duodénum de gauche à droite, et la production consécutive de plis péritonéaux au niveau du mésocôlon descendant.

Mais, comme le dit Waldeyer, on pourrait peut-être admettre cette action s'il s'agissait d'un levier rigide, mais pour une anse intestinale ce déplacement paraît invraisemblable.

II. — *Théorie de Waldeyer ou vasculaire.* — Toutes les fossettes seraient formées par le soulèvement du péritoine dû à la veine mésentérique. Cette théorie est insoutenable pour expliquer certaines de ces fossettes, mais quelques-unes, comme le recessus de Brösike ont sûrement une origine vasculaire.

III. — *Théorie de Trèves.* — D'après cette théorie, le repli duodéno-jéjunal serait la continuation du mésoduodénum entraîné par l'accroissement graduel du mésocôlon au-delà de la ligne médiane.

Là encore il ne s'agit que d'une hypothèse concernant seulement quelques-unes des hernies périduodénales.

IV. — *Théorie de Toldt.* — D'après cette théorie, l'origine de la fossette duodéno-jéjunale serait double, différente pour chacune des deux cornes qui la constituent. La corne supérieure reconnaîtrait pour cause la migration du cœcum exerçant une traction à droite et en bas, sur le mésocôlon descendant, encore non soudé au péritoine pariétal par l'intermédiaire du côlon transverse.

La corne inférieure, pli duodéno-mésocôlique, serait formée par le relief dessiné sur la paroi abdominale postérieure par la troisième courbure du duodénum, point de passage de sa portion horizontale avec sa portion ascendante. Il forme une fossette située à la partie inférieure de la troisième portion du duodénum et a pour caractère essentiel de ne pas s'insérer primitivement sur la portion ascendante. Plus tard, augmentant graduelle-

ment de hauteur, ce pli arriverait en remontant le long de la portion à former la corne inférieure de la fossette de Treitz.

V. — *Théorie de la coalescence.* — C'est la théorie de Brœsike, de Rogie adoptée et longuement développée par Frédet, dans le *Traité d'anatomie* de Poirier, à l'article : Péritoine.

Pour la bien comprendre, la connaissance parfaite des phénomènes de torsion de l'anse intestinale primitive est indispensable. Mais les travaux de Rogie, de son élève Pérignan, le long article de Frédet ont suffisamment vulgarisé ces points d'embryologie pour que nous jugions superflu de les exposer à nouveau.

Nous rappellerons seulement qu'à un moment donné de cette torsion, au troisième mois de la vie embryonnaire, le côlon descendant et la quatrième portion du duodénum sont superposées d'avant en arrière. Qu'il se produise entre ces deux segments d'intestin un travail d'adhérence, il arrivera alors que si le côlon descendant se porte à gauche, son mésocôlon ne pourra pas suivre son mouvement au niveau des points d'adhérence, d'où la formation de plis s'étendant du duodénum au mésocôlon et respectant le phénomène de coalescence du péritoine mésocôlique, au péritoine pariétal postérieur.

Cette coalescence se produisant de bas en haut et de haut en bas à la fois, il en résultera la formation de deux plis, c'est-à-dire des deux fossettes duodénales supérieure et inférieure de Jonnesco.

D'autre part, le duodénum subit lui aussi un mouvement de rotation qui le porte de gauche à droite ; il en

résulte que la portion ascendante du duodénum forme un relief très marqué au devant du péritoine pariétal.

Il existera donc à gauche du duodénum un espace libre prismatique qui formera les fossettes duodénales.

Telle est la doctrine de la coalescence à propos des fossettes duodénales ; mais on peut la généraliser à beaucoup d'autres. En effet, ces différentes théories exposées, nous pourrions reprendre une à une les fossettes décrites dans notre précédent chapitre et discuter la théorie la plus acceptable pour la formation de chacune d'elles. Mais cela nous entraînerait bien loin et peut-être un peu en dehors du but que nous nous sommes proposé.

Nous préférons simplement, en guise de conclusion, reproduire le tableau synoptique dressé par Poisson dans sa thèse, et dont Charpy et Jonnesco ont reconnu la valeur en l'adoptant dans le *Traité classique d'anatomie* de Poirier.

Voici cette classification :

- | | | |
|-------------------------|---|----------------------------------|
| | | f. double de Waldeyer. |
| | | f. de Treitz. |
| 1° Fossettes dues à des | fossette duo-
dénale, et ses
dérivés. | f. duodéno-jéjunale. |
| plis de traction à la | | f. infraduodénale de Poisson. |
| suite d'adhérences. | | f. sus-mésocolique. |
| | | f. intermésocolique transverse. |
| | | f. paraduodénale ou de Landzert. |
| 2° Fossettes dues à un | rétroduodénale. | supérieure. |
| défait de coalescence. | | inférieure. |
| | mésentérico pariétale ou parajéjunale de Brœsike. | |
| 3° Fossettes dues à un | Recessus veineux. | |
| soulèvement vasculaire | | |

Comme on le voit, ce tableau très clair permet de schématiser et surtout de ramener presque à l'unité les multitudes de fossettes duodénales gauches dont la simple description permettait d'ailleurs de pressentir déjà la parenté très étroite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si nous envisageons maintenant les différentes fossettes au point de vue anatomo-clinique, une division s'impose immédiatement suivant l'orientation de l'ouverture de ces diverticules. Dans leur description anatomique nous avons eu soin de souligner ce point très important. En effet, suivant que l'orifice d'entrée regardera à droite, ce qui est le cas pour la majorité d'entre elles, on aura affaire, lorsque l'intestin s'y engagera, à des hernies gauches, et vice versa à des hernies droites lorsque cet orifice d'entrée regardera à gauche.

Il en est dont la disposition est constante; telles la plupart des fossettes dérivées de la fossette duodénale principale; fossette double de Waldeyer, fossette de Treitz, fossette duodéno-jéjunale, fossette intermesocôlique transverse, fossette paraduodénale ou de Landzert. Elles engendreront à coup sûr des hernies gauches.

De même, la fossette mésentérico-pariétale ou parajéjunale de Brösike ne peut jamais renfermer que des hernies droites.

La fossette infra-duodénale de Poisson doit très probablement rentrer dans ce cas, n'étant qu'une mésenterico-pariétale avec un degré de coalescence en plus.

Jonnesco enfin pense que la duodénale inférieure pourrait abriter des hernies droites.

Notre cas personnel étant une hernie droite, c'est désormais les seules hernies droites que nous étudierons.

D'ailleurs, la physiologie pathologique de cette variété ne diffère pas de celle de toute hernie rétropéritonéale. Treitz a fait une expérience bien connue pour démontrer le rôle important que joue la pression alimentaire dans la production de ces hernies. Jonnesco et probablement tous les auteurs, se sont rangés à cette opinion. Mais à cette première cause de production proprement dite de la hernie, il faut en ajouter une seconde de maintien de permanence de la hernie. C'est ainsi que Treitz fait intervenir comme agent constricteur, la présence de vaisseaux qui dans sa théorie bordent constamment l'arête libre de ces replis, et qui joueraient un tel rôle grâce à leur élasticité et à leur contractibilité propres.

Nous verrons dans un instant que si l'on ne peut mettre en doute, dans certains cas, l'efficacité des arcs vasculaires comme moyen de constriction, comme collet, pour ainsi dire, de ces hernies, dans d'autres cas où les fossettes sont complètement avasculaires, il est impossible d'invoquer un pareil mécanisme.

D'ailleurs, mode de production et maintien de ces hernies constituent pour nous autant de points de pathogénie, que vu la rareté des observations, nous

considérons plutôt comme purement hypothétiques dans l'état actuel de la question.

Un problème plus intéressant à résoudre nous paraît résider dans le fait de savoir quels sont pour les hernies droites les recessus péritonéaux capables de leur servir de porte d'entrée.

Le meilleur moyen de résoudre la question consiste, croyons-nous, dans l'étude des quelques observations connues de hernies droites. Elles constituent une rareté telle que nous pouvons sans dépasser les bornes de notre travail, rapporter toutes les observations qu'il nous a été possible de nous procurer. Poisson, dans sa thèse, en 1895, en cite neuf cas, qui sont ceux de Klob en 1861, d'Eppinger en 1868, de Moutard-Martin en 1870, de Zwaardemaker en 1884, de Brœsike en 1884 et 1886, de Fürst en 1884, de Gérard-Marchand en 1885 et de Quénu la même année. Nous avons pu nous procurer l'observation du premier cas de Brœsike, celle de Gérard-Marchand et celle de Quénu. Nous n'avons pu avoir que quelques renseignements cliniques, insuffisants d'ailleurs sur le cas de Zwaardemaker.

Nous avons en outre réuni quatre cas postérieurs à la thèse de Poisson : un cas de Morestin en 1895, un cas de Rose la même année, mais sur lequel nous n'avons que quelques notes plus cliniques qu'anatomiques, un cas de Neumann suivi de guérison (1898) et le cas tout récent du docteur Molin.

Enfin, nous avons eu la chance de découvrir un cas qui avait passé inaperçu, c'est celui de Clarke en 1892.

Voici les différentes observations, les unes complètes, les autres seulement résumées. Elles sont présentées dans l'ordre chronologique.

OBSERVATION I

ZWAARDEMAKER. — Hernia retroperitonéalis incarcerata.)

Nederlandsch militair Geneeskunding archief, 1884. Utrecht.

Au mois d'août une recrue d'infanterie tomba malade subitement. Il fut pris de douleurs abdominales très violentes, de vomissements et de flatulence. Pas de selles, vers midi il fut reçu à l'hôpital et mourut dans la matinée du lendemain. La mort arriva brusquement, le malade tomba dans le collapsus sans prodromes et sans agonie. Il n'est pas-étonnant que son entourage n'ait pu donner aucun renseignement sur la maladie.

Il s'agissait vraisemblablement d'un iléus d'une partie de l'intestin situé très haut.

Note. — Rien dans ces quelques lignes n'indique que ce soit une hernie droite, nous le savons seulement parce que Poisson le dit dans sa thèse.

OBSERVATION II

Observation de BRÆSIKE, premier cas observé par cet auteur, 1884.

Résumé. — Enfant de 2 ans. Autopsie durant l'hiver de 1884-1885 à la salle d'autopsie de Berlin.

Tout l'intestin grêle est à droite, tout le gros intestin est à gauche. La tumeur herniaire est du volume d'une tête d'enfant, elle occupe la partie droite de l'abdomen, et dépasse un peu la ligne médiane à gauche. Tout l'intestin grêle est renfermé dans le sac, moins un peu d'iléon, et une anse grêle.

L'ouverture du sac est située à la hauteur de la dernière vertèbre lombaire, il présente trois à quatre centimètres de diamètre. Son bord antérieur est traversé par l'artère mésenté-

rique supérieure et par le commencement de l'artère iléo-colique.

La première partie du duodénum est libre, le reste de cet intestin est contenu dans le sac herniaire.

Le segment initial du jejunum a un trajet rétro-péritonéal, c'est-à-dire en arrière du péritoine pariétal.

Les parois du sac herniaire étaient partout doubles sauf au niveau de la paroi postérieure de l'abdomen. On a l'impression que l'intestin s'était insinué entre les deux feuillets du mesocolon ascendant libre en grande partie.

OBSERVATION III

Observation de GÉRARD-MARCHANT (*in* thèse Jonnesco) 1885.

A l'ouverture du ventre, on trouve le grand épiploon paraissant normal. Après l'avoir relevé, on tombe sur une vaste poche séreuse, mince, laissant voir par transparence les anses de l'intestin grêle y contenues.

En dehors du sac on ne trouvait à part la première portion du duodénum aucune autre partie de l'intestin grêle. Cette poche était encadrée par les côlons, à droite le cœcum adhérait à la poche par un assez long repli séreux. Le côlon ascendant, l'angle colique droit et les deux tiers du côlon transverse étaient accolés intimement à la poche. L'angle colique gauche ainsi que le côlon descendant et l'S iliaque occupaient leur situation normale et étaient munis de mésos assez longs. La poche avait les dimensions d'une tête d'enfant. En bas elle descendait jusqu'au promontoire où elle adhérait.

En soulevant le bord gauche de la poche, on put voir que celle-ci se réfléchissait de gauche à droite vers la colonne vertébrale. En relevant plus fortement en haut et à droite l'extrémité inférieure de la poche, on découvrait sur sa paroi postérieure un orifice ainsi constitué : très large, on pouvait y passer facilement le poing. Il avait la forme d'un ovale

allongé de haut en bas, de gauche à droite. Son bord postérieur était contre la colonne lombaire. Son bord antérieur se présentait sous l'aspect d'un repli tranchant, falciforme, semi-lunaire, à concavité regardant à gauche et en arrière. La lumière de l'orifice regardait le flanc droit de la colonne lombaire. Les deux cornes formant le bord libre de l'orifice se perdaient de la façon suivante : la supérieure s'insérait sur la colonne vertébrale, et, de là, allait se perdre dans le feuillet séreux qui recouvrait le duodénum ; la corne inférieure située près du cœcum était contournée par la partie terminale de l'iléon qui pénétrait dans ce sac à ce niveau. On chercha à faire sortir l'intestin, et on put facilement retirer et dévider tout l'intestin grêle contenu dans le sac. Alors on constata que l'intestin grêle était rattaché par son mésentère tout le long du bord libre de l'orifice du sac. Tout le long de ce bord libre cheminait l'artère mésentérique supérieure, qui pénétrait dans la corne supérieure du repli, immédiatement après sa naissance de l'aorte, continuait son trajet, quittait ce repli près de la corne inférieure, et allait se perdre au niveau de l'angle iléo-cœcal. De cette artère naissaient les branches destinées à l'intestin grêle, qui pénétrait dans l'épaisseur du mésentère. De la même artère partaient trois branches volumineuses qui se dirigeaient de gauche à droite, dans l'épaisseur de la paroi antérieure du sac, vers les côlons ascendant et transverse.

La paroi antérieure du sac est formée de deux lames séreuses.

En examinant la cavité du sac, on constate que sa paroi postérieure était formée d'une seule lame séreuse. Cette vaste poche se prolongeait en haut et à droite vers le foie, en passant par-dessus les vaisseaux rénaux, le rein et le psoas du côté droit. En bas, elle descendait jusque dans la fosse iliaque et recouvrait à ce niveau l'uretère droite. A la partie supérieure du sac, on voyait sa partie postérieure soulevée par le duodénum, qui pénétrait à ce niveau dans la poche, et se continuait après s'être détaché de cette paroi, par le jéjunum.

Ainsi on ne voyait sortir du sac qu'un seul tube intestinal, la

portion terminale de l'iléon qui présentait une torsion sur son axe, à la sortie de la poche.

Nous avons cherché la continuité des différentes lames qui composaient l'enveloppe séreuse de ce sac, et nous avons pu nous assurer que la paroi antérieure était recouverte par les feuillets : interne du mésocôlon ascendant et inférieur du mésocôlon transverse.

OBSERVATION IV

QUÉNU. Thèse Jonnesco, 1885

Un homme de 30 ans entre dans le service de M. Desnos à l'hôpital de la Charité, au mois de décembre 1885. Il présentait tous les symptômes de l'obstruction intestinale aiguë, dont les débuts remontaient à quelques jours.

M. le docteur Quénu, chirurgien du Bureau central, fut appelé auprès de lui. Ne constatant aucun étranglement siégeant dans les orifices normaux ou anormaux, aucun rétrécissement du rectum, M. Quénu tenant compte de la netteté des phénomènes d'obstruction et de la marche rapide des accidents se décida à pratiquer la laparotomie.

Opération pratiquée vers 1 h. 1/2 du matin, avec toutes les précautions antiseptiques et suivant les règles habituelles.

Arrivé dans la cavité abdominale après section du feuillet péritonéal pariétal, M. Quénu n'aperçut rien, si ce n'est une sorte de vessie. Pas de traces d'intestin grêle. Incision du sac avec beaucoup de précautions. Alors les anses intestinales, à l'étroit dans ce sac fibro-séreux, firent immédiatement hernie, mais sans que la cause de l'obstacle fût levée. M. Quénu parcourt alors le circuit des anses intestinales et arrive à constater que l'intestin grêle était contenu dans un sac fibro-séreux, sac dont il n'a ouvert que la paroi antérieure. et que l'obstacle au cours des matières résidait dans la coudure de l'intestin au niveau de l'ouverture de ce sac. La bride représentant l'ouverture de ce sac suivait exactement le trajet de l'artère mésentérique supérieure.

Le malade a succombé dans les 24 heures à des phénomènes de congestion pulmonaire.

Autopsie faite en présence de M. le docteur Gérard-Marchaut qui constata une disposition analogue à celle de son cas personnel.

OBSERVATION V

CLARKE. A case of retro-péritoneal hernia. *Medical society of London*. 1892-1893

Un homme d'âge moyen fut apporté dans le service de Page à Marian-Hospital. Il disait qu'il avait été pris dans la rue d'une vive douleur abdominale, il présentait des signes d'étranglement interne. Page fit la laparotomie ; celle-ci fit découvrir une grosse tumeur qui avait l'aspect de kyste de l'ovaire et et rendait un son tympanique. Page mit la main dans l'abdomen et put tirer l'intestin d'un orifice situé à la partie inférieure de la cavité abdominale.

Le malade mourut dans la soirée.

Autopsie. — On put constater qu'il s'agissait d'une hernie duodénale droite. Une partie de l'intestin situé dans le sac avait été tordu dans son intérieur.

OBSERVATION VI

ROSE. — Hernia mesogastrica dextra. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Vol. 40, 1895.

Malade veau avec des symptômes d'étranglement interne, avec douleur dans le côté droit de l'abdomen, et ganglions dans l'aîne droite.

Laparotomie. — Rose trouve une hernie développée dans le mésocôlon transverse du côté droit, aux dépens d'une fossette duodénale.

Mort du malade.

OBSERVATION VII

Observation de H. MORESTIN (*Bulletin de la Société anatomique de Paris* 1896).

En ouvrant l'abdomen d'un sujet destiné aux dissections j'ai trouvé que la majeure partie des anses intestinales étaient voilées par un feuillet séreux, et logées dans la partie droite de la cavité. Les portions directement visibles de l'intestin étaient extraordinairement distendues, noirâtres, et présentaient par places des teintes feuille morte. Dans la cavité péritonéale une abondante sérosité roussâtre.

En suivant ces anses qui présentaient de la façon la plus manifeste les lésions de l'intestin étranglé, je vis qu'elles sortaient d'un orifice situé sur la ligne médiane au niveau des troisième et quatrième lombaires, orifice qui faisait communiquer la grande cavité péritonéale avec une sorte de sac occupant la partie droite de l'abdomen. Le siège de l'étranglement était précisément le bord de cet orifice.

La partie étranglée présentait dans l'état de distension où je l'ai trouvée une longueur de 60 centimètres.

Après avoir resséqué cette portion et lié les deux bouts, j'ai pu vider le sac de son contenu, c'est-à-dire de tout l'intestin grêle, moins la partie que je venais de supprimer, et les quinze derniers centimètres de l'iléon. Ce dernier sortait par la partie postérieure de l'orifice, contournait le pédicule des anses étranglées, en passant d'abord en haut puis en avant de ce pédicule et gagnant ensuite le cœcum par le plus court chemin.

Le gros intestin occupait sa situation normale, mais le côlon ascendant était repoussé en avant par la poche où logeait l'intestin grêle, et faisait partie de la paroi antérieure de cette poche. On ne voyait point tout d'abord le duodénum. De l'orifice on voyait sortir trois bouts d'intestin ; les deux de l'anse étranglée et la partie terminale de l'iléon.

En se guidant sur l'estomac on arrivait à retrouver le duo-

dénum dont aucune partie sauf la première n'était visible dans la grande cavité du péritoine, et qui était compris dans la partie droite puis supérieure de la poche, et se continuait avec le jéjunum dans l'intérieur même de cette poche.

Une fois celle-ci débarrassée de son contenu nous avons pu constater qu'elle constituait un véritable sac séreux, un sac herniaire rétro-péritonéal, qui remontait en haut jusqu'au foie en repoussant la veine porte, descendait en bas jusqu'au cœcum et s'étendait à droite jusqu'à la crête iliaque et au rebord costal. La paroi postérieure répondait à la face antérieure du rein.

Mais dans quel point avait pu se faire cette hernie interne ? Il était assez difficile d'y répondre tout d'abord. L'orifice du sac rétro-péritonéal paraissait tout d'abord proche du cœcum, et l'on pouvait se demander si nous n'avions point affaire à quelque hernie dans une fossette voisine du cœcum. Mais ce dernier organe était bien à sa place, il présentait sa conformation normale, et toutes ses fossettes avec leur aspect habituel. Les rapports que le duodénum présentait avec la poche nous faisait au contraire supposer qu'il s'agissait de hernie dans une des fossettes périoduodénales. La dissection des vaisseaux mésentériques devait fournir d'utiles renseignements. Or ces vaisseaux passaient au-dessus puis en avant de la poche.

Le mésentère revenu sur lui-même, ramassé pour ainsi dire de façon à former un pédicule arrondi, semblait se détacher de la partie antéro-supérieure de cette poche. Il m'a semblé que la hernie avait dû se faire dans une des fossettes situées du côté gauche du duodénum ascendant, dans la fossette duodéno-jéjunale inférieure qui est le siège le plus ordinaire de ces hernies rétro-péritonéales.

Un point très particulier du cas qui nous occupe est que l'étranglement n'a pas eu lieu dans la hernie. Les anses contenues dans le sac herniaire étaient parfaitement saines. Ce sont des anses sorties du sac pour rentrer dans la grande cavité du péritoine qui se sont étranglées au niveau de l'orifice. C'est

là un mécanisme véritablement bien curieux d'étranglement. Les anses étaient-elles habituellement dans le sac, et sont-elles sorties accidentellement ? ou bien étaient-elles ordinairement dans la grande cavité du péritoine, ou bien encore une portion d'intestin restant habituellement hors du sac, y a-t-il eu issue d'une nouvelle portion ? Tout cela est possible, et il est malaisé d'avoir une opinion sur ce point.

J'ai tâché d'avoir quelques renseignements sur ce sujet :

Les internes de l'hospice d'Ivry où il a succombé, m'ont appris qu'à la suite de copieuses libations il fut pris de vomissements et de douleurs abdominales et se crut empoisonné. L'interne de garde appelé auprès de lui songea un instant à un étranglement mais comme ce jour-là plusieurs malades avaient présenté des phénomènes gastro-intestinaux attribuables à une intoxication alimentaire, il ne s'arrêta pas longtemps à cette idée, et pensa que le vieillard était victime à la fois de son ivrognerie et de la cuisine administrative pour une fois défectueuse.

L'erreur aurait pu être éclaircie si la maladie avait duré quelque temps mais dès le lendemain matin le malade mourut subitement au moment où un infirmier lui faisait prendre une tasse de bouillon.

OBSERVATION VIII

NEUMANN. Un cas de hernie rétro-péritonéale mésentérico-pariétale guérie par l'opération (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1898).

Les fossettes rétro-péritonéales ont été surtout étudiées et décrites systématiquement pendant ces dix dernières années, c'étaient surtout les travaux importants de Waldeyer, de Toldt et de Brösike qui avaient contribué à la connaissance de leur signification au point de vue embryogénique. Mais plus ces recessus ont été connus et décrits, et plus ils ont intéressé les cliniciens et surtout les chirurgiens. Parmi ces hernies les moins fréquentes sont celles qu'on a décrites du côté droit de

la paroi abdominale postérieure, et les plus rares de cette variété sont celles qui ont été observées sans connexion avec le cœcum vers la ligne d'insertion du mésentère.

C'est à ce point de vue que l'observation suivante de hernie rétro-péritonéale droite avec orifice d'entrée vers la racine du mésentère me semble intéressante d'autant plus qu'elle constitue jusqu'à présent le seul cas de son espèce où l'intervention ait été suivie de succès.

Le 10 août 1897, fut amenée à la division, une femme dont on put tirer les renseignements suivants : son père est mort de phthisie pulmonaire, elle-même ne se rappelle d'aucune maladie dans son enfance, elle a toujours été réglée régulièrement depuis 14 ans, jusqu'à il y a six ans. Elle a eu un enfant il y a 13 ans. Elle sentit alors dans la partie inférieure et droite de la cavité abdominale, comme une induration douloureuse, et eut en même temps une constipation opiniâtre. Après trois semaines cette induration disparut, et depuis ce temps la patiente a toujours eu des selles régulières jusqu'à cette année, où les difficultés de l'évacuation alvine reparurent et cette fois d'une façon tout à fait inquiétante.

Le 4 août 1897, elle fut prise soudain de vives douleurs dans le bas ventre. Le 5 août, elle eut un léger vomissement ; le 8 août, elle eut pour la première fois un vomissement fécaloïde. Les selles et le gaz étaient supprimés depuis le 4 août. Le 9 août, elle fut amenée à la clinique interne de notre maison de santé, et là, comme l'état restait stationnaire malgré de nombreux lavements, elle fut transportée à la clinique chirurgicale où l'on constata l'état suivant.

La malade était une femme de 55 ans de taille moyenne, bien constituée, avec un panicule adipeux assez développé. Facies anxieux exprimant la douleur, yeux excavés, température à 36°8; pouls à 84, petit, régulier ; les urines contiennent un peu d'albumine ; pas d'œdème. L'exploration des organes thoracique est négative.

L'abdomen n'est que modérément ballonné, surtout dans

la moitié sous-ombilicale. Les parois abdominales sont tendues, on y voit dessinées les contours de quelques anses intestinales en contractions péristaltiques. La percussion donne partout un son tympanique clair. Rectum libre. Paroi vaginale molle. Orifice externe du col ouvert. Les culs-de-sac vaginaux ne laissent reconnaître rien de spécial. Les orifices herniaires sont libres.

La soudaineté et l'apparition presque simultanée de la douleur et de l'occlusion intestinale, les vomissements d'un côté, et l'arrêt complet des gaz et des matières de l'autre, enfin le ballonnement du ventre avec contraction péristaltique devaient immédiatement conduire au diagnostic d'ileus de cause mécanique.

On devait éliminer la simple coprostase parce que la malade avait eu une seule fois jusqu'à sa maladie, de la constipation, et que l'obstruction avait résisté aux moyens les plus énergiques.

En faveur d'une tumeur, d'un calcul fécal, il n'y avait dans les anamnestiques aucune indication. Contre l'hypothèse de l'invagination parlait l'âge de la patiente, comme aussi l'absence de selles sanglantes et de gonflement limité.

Il ne pouvait s'agir que d'un volvulus ou d'un étranglement interne.

Pour ces deux affections on était autorisé à accepter une disposition existant de longue date, après les symptômes moins graves, mais significatifs d'il y a treize ans.

En ce qui concerne le siège de l'occlusion il ne devait être ni trop haut puisque les vomissements étaient survenus au bout de plusieurs jours, ni trop bas puisque le ventre n'était que modérément ballonné.

En raison de la déchéance rapide de l'état général, l'opération fut décidée immédiatement. Anesthésie par l'éther. Incision sous-ombilicale de 10 centimètres. Malgré la distension des anses intestinales, celles-ci ont peu de tendance à sortir, et elles paraissent être peu nombreuses.

Suit la description du contenu de la cavité abdominale. Il

existait un sac péritonéal vers le côté droit et dans lequel avaient pénétré environ 2 mètres d'intestin par un orifice en forme d'étroite fissure, vers la racine du mésentère et dont les parois étaient ainsi formées : Paroi antérieure par le mésocôlon étendu depuis le côlon ascendant, au-dessous de la ligne d'insertion du mésocôlon transverse. Paroi postérieure appliquée contre la paroi postérieure abdominale elle-même.

Dans le bord libre antérieur passait l'artère mésentérique supérieure. Un mètre d'intestin fut tiré assez facilement hors de la cavité, puis je fus arrêté, alors j'introduisis le doigt dans l'orifice herniaire et je constatai qu'une assez longue circonvolution était située derrière celui-ci, mais qu'elle s'était enroulée autour d'un pédicule situé vers le pôle supérieur de l'orifice. Je parvins, avec de grandes difficultés, à dérouler ce volvulus en faisant décrire un tour complet à l'intestin situé hors du sac, puis vint facilement un demi-mètre d'intestin. Celui-ci était maintenant au complet dans la grande cavité. La cavité herniaire était libre et abstraction faite d'une certaine quantité de liquide hémorrhagique mais clair, montrait les détails suivants : (Suit la description donnée plus haut).

L'orifice herniaire fut fermé par en haut par six points de suture réunissant le bord libre du mésentère qui formait la paroi antérieure et la surface antérieure de la partie horizontale inférieure du duodénum. Le dernier point atteignait l'angie situé entre le bord inférieur de cette partie du duodénum et la colonne vertébrale un peu à gauche de l'aorte.

L'espace, d'environ quatre centimètres, étendu depuis la limite inférieure du duodénum jusqu'à l'extrémité inférieure de l'orifice herniaire, reste ouvert, d'abord parce que la suture ne pouvait être poursuivie plus loin sans danger de blessure pour l'aorte qui passait à ce niveau, et ensuite parce qu'il parut nécessaire de laisser une issue au liquide accumulé dans le sac. Après cette suture, le bord libre de l'orifice herniaire qui servait de point de passage entre le mésentère et le mésocôlon ascendant apparut d'une consistance presque cartilagineuse. Dans ce bord courait une grosse artère, laquelle venait d'en

haut entre la tête du pancréas et la partie horizontale inférieure du duodénum et envoyait des rameaux aussi bien au côlon qu'à l'intestin grêle. Il n'y avait aucun doute qu'il s'agit là de l'artère mésentérique supérieure.

L'intestin éviscéré fut réintroduit dans la cavité abdominale qui fut fermée.

L'état de la malade resta un peu inquiétant pendant les jours qui suivirent l'opération. Elle eut encore jusqu'au 15 août des éructations et, de temps en temps, des vomissements fécaloïdes. De plus, le pouls resta petit et filant.

Le 14, un lavage stomacal amena une grande quantité de liquide fécaloïde. Le 15, survint une première selle brunâtre. Les vomissements cessèrent depuis lors et peu après les éructations.

A partir de ce moment, l'amélioration fut rapide et les selles régulières.

Le 9 novembre, la malade fut perdue de vue, guérie et en excellente santé.

Neumann discute ensuite longuement le diagnostic de sa hernie et la place qu'elle doit occuper parmi les hernies duodénales droites. Il lui donne le nom de mésentère pariétale et insiste sur ce fait que dans presque tous les cas semblables il existe une petite portion du jéjunum non pourvue de mésentère.

OBSERVATION IX

Dr MOLIN. Observation inédite, avril 1903. (Service de M. le professeur PONCET).

P. M..., 21 ans, salle Saint-Philippe, n° 17.

Le malade entre dans un état général si grave que l'on ne s'attarde pas à l'interroger sur des antécédents, de personnels plus ou moins lointains.

Il est porteur, au niveau de la région inguinale droite, d'une petite cicatrice fistuleuse ; elle provient de la cure radicale d'une hernie pratiquée, il y a un an, par M. le docteur Poulet, sui-

vant son procédé. Le fil métallique laissé à demeure est sorti, il y a seulement un mois.

La gravité de l'état général attire immédiatement l'attention : Facies péritonéal, extrémités froides et cyanosées, le pouls bat à plus de 160, en réalité il est incomptable, il y a plus de 40 respirations à la minute, à type costo-supérieur, décelant la paralysie du diaphragme.

Le malade en proie à un hoquet intense vomit du liquide stercoral à pleine cuvette.

Aucune émission de matières ou de gaz par l'anus, pas de selles sanguinolentes. La température prise immédiatement est de 37°8.

En résumé, au premier coup d'œil on peut diagnostiquer une péritonite d'allure foudroyante, dont le début, en effet, ne date que d'un jour. Le malade, garçon limonadier à Bourgoin, faisant régulièrement son service, était encore bien portant la veille à 10 heures du matin, lorsqu'il fut pris spontanément et tout à coup d'une douleur atroce généralisée à tout l'abdomen. Aussitôt survenaient de grands vomissements qui n'ont fait qu'augmenter. La paroi abdominale uniformément tendue présente une saillie médiane énorme repoussant en avant toute la région ombilicale. A ce niveau siège la douleur maxima, mais les flancs et les hypochondres sont aussi très sensibles à la pression.

La percussion révèle une matité générale sur toute la paroi. La zone saillante, constituée probablement par des anses intestinales distendue, n'est pas sonore cependant.

La matité hépatique est conservée.

Les anses intestinales ne donnent nulle part les contractions communément observées en cas d'occlusion.

Bien que ce jeune homme nous apparut dans une situation presque désespérée nous pensâmes quand même qu'une intervention immédiate pouvait être utile.

Après un examen plus approfondi, comme nous l'avons vu au cours de l'opération, un diagnostic ferme de la lésion principale aurait pu être posé. En tout cas, en raison de l'allure

suraiguë des accidents il ne pouvait s'agir que d'une péritonite par perforation ou d'une occlusion portant sur un long segment d'intestin. Dans cette dernière hypothèse on pouvait peut-être encore rendre service au malade, et dans la première un drainage pratiqué rapidement ne pouvait certainement pas aggraver son état déjà si pitoyable.

L'intervention décidée on pouvait se demander par quelle voie on allait aborder les lésions point de départ des accidents. Nous rappelons que le diagnostic ferme n'avait pas été posé. D'autre part la présence de la fistule inguinale légèrement suppurante, en dehors de tout autre antécédent intéressant, nous laissait quelque doute sur le point de départ possible à ce niveau d'une péritonite aiguë. Nous nous proposâmes d'aller d'emblée à l'appendice, pensant que l'ouverture de la paroi abdominale nous renseignerait immédiatement sur le point de départ de l'affection, et nous permettrait ou de l'admettre, ou de l'éliminer au niveau de cette région si fréquemment en cause.

S'il s'agissait d'appendicite notre opération pouvait se limiter à cette incision complétée par une simple ouverture de drainage au niveau de la ligne médiane, et au niveau de la fosse iliaque gauche, voire même, suivant la méthode de M. le professeur Jaboulay, au niveau du rectum.

Cette incision ainsi pratiquée, nous constatâmes une absence totale de liquide louche ou purulent ; par contre, les anses intestinales distendues et lie de vin, baignaient dans un liquide séro-hématique très abondant (signe de Gangolphe), qui s'écoula aussitôt par la plaie ; la plaie fut alors tamponnée et bourrée de mèches.

Nous nous reportâmes sur la ligne médiane. Incision sous-ombilicale prudente.

Aussitôt un paquet d'anses intestinales turgescents, ecchymotiques tendues fait hernie à travers la plaie.

Celle-ci agrandie au-dessus par quelques coups de ciseaux laissa complètement sortir un paquet d'anses intestinales agglutinées, formant une masse grosse comme un kyste de l'ovaire moyen

et pédiculé par une torsion du mésentère. La torsion, dans le sens des aiguilles d'une montre, de deux tours à deux tours et demi de spire, fut prudemment réduite par une manœuvre en sens inverse. On pensait avoir terminé l'opération, toutefois pendant la réduction, les anses intestinales voisines du cœcum, aplaties, ne nous semblèrent pas subir de modifications appréciables de volume ; elles ne se gonflèrent pas comme on le voit après une réduction franche et totale. Cherchant la cause de cette persistance de l'obstacle notre attention fut attirée par une masse volumineuse siégeant au-dessus de la fosse iliaque droite, tout près de la colonne vertébrale, à la façon d'un cœcum haut placé.

Cette masse recouverte d'un péritoine uniformément tendu, laissait voir par transparence des anses intestinales qu'il était impossible de refouler par simple pression. En renversant à droite le pédicule détordu du mésentère, nous aperçûmes à gauche de sa racine, l'orifice d'entrée et de sortie de deux anses intestinales, qui saisies et attirées au dehors, nous permirent de défilier hors de la poche sous-péritonéale environ 30 à 40 centimètres d'intestin grêle moyennement tendu. Le collet du sac tranchant avait dû, pour permettre cette issue, être dilacéré et aggrandi au doigt par mesure de prudence, tellement nous craignions de sectionner par un instrument tranchant le bord libre du sac, bien qu'un examen minutieux ne nous eût fait voir aucun vaisseau.

Nous eûmes alors la satisfaction de voir les anses terminales de l'iléon se distendre et donner cours aux matières.

Toutes ces manœuvres longuement décrites n'avaient pas demandé plus de 15 minutes. L'état général toujours aussi grave, malgré l'absence presque complète d'anesthésie, devenait de plus en plus mauvais. Il fallait se hâter.

La laparotomie médiane après application d'un Mickulicz, fut fermé par un seul plan de grosses sutures. Un drain fut placé dans l'incision latérale qui fut également refermée.

Le malade reporté dans son lit se déclara immédiatement beaucoup moins souffrant, la douleur atroce para-ombilicale

avait complètement disparu. Le poulx était un peu meilleur.

Malgré un traitement énergique l'état général ne continuait pas à s'améliorer, et à minuit le malade succombait, neuf heures après l'intervention.

Le Mickulicz avait inondé le pansement d'un liquide sanguinolent.

Autopsie, 36 heures après le décès. — La moitié inférieure de l'intestin grêle était enfoncée dans un diverticule rétro-péritonéal énorme. Cette poche de la grosseur d'une tête de fœtus à terme s'étend depuis le pôle inférieur du rein droit jusqu'au bord supérieur de la crête iliaque, à droite elle affleure le côlon ascendant. L'orifice de cette poche *situé à gauche du mésentère* est actuellement très large grâce à la dilacération digitale pratiquée au cours de l'intervention. Il a la forme d'un ovale allongé de haut en bas et de gauche à droite. Le bord postérieur correspond à la colonne lombaire. Le bord antérieur concave et tranchant regardait au cours de l'opération et regarde encore à gauche et en arrière. Les cornes formant le bord libre de l'orifice se perdent sur le péritoine pariétal notablement au-dessous de la portion horizontale et de la portion ascendante du duodénum, on constate alors très nettement que ce *bord libre n'est en rapport avec aucun vaisseau courant sur son arête*. De même *il est absolument indépendant, et à trois ou quatre centimètres du bord adhérent du mésentère*.

D'autre part la cavité rétro-péritonéale est bien doublée de séreuse, tant sur sa partie antérieure, bien entendu, que sur sa partie postérieure, paroi pariétale, elle est tout entière intra-péritonéale. Le mésentère passe au-dessus et fait partie par conséquent de sa paroi antérieure, mais sans participer à la formation de son bord libre.

La fossette duodénale supérieure existe relativement développée.

En dehors du sac on trouve :

1° Le duodénum d'aspect normal sauf que sa dernière portion est très faiblement ascendante, sans cependant que le muscle de Treitz un peu plus long que normalement paraisse relâché.

2° La portion d'intestin grêle soumise au volvulus.

3° Tout le gros intestin en position normale depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque.

L'intestin grêle déroulé présente quatre segments distincts et nets :

a) Le duodénum d'aspect normal comme nous l'avons déjà dit.

b) A 15 centimètres de l'extrémité duodénale on voit s'établir des lésions congestives intenses, qui s'étendent sans interruption sur une longueur de 3^m 70. Ça et là des plaques d'ecchymose se détachent présentant à leur centre des lésions plus avancées de couleur bronzée, indice d'un processus gangreneux au début. Il n'existe pas toutefois de perforation.

c) Ces lésions s'arrêtent brusquement au niveau d'une ligne de constriction modérément marquée mais suffisamment nette. Pendant 40 ou 50 centimètres ce sont des lésions de congestion beaucoup moins accusées.

d) En dernier lieu on trouve un intestin bien normal, plutôt aplati, sur une longueur de 1^m 50, jusqu'au cœcum.

L'état de l'intestin hors d'usage sur une assez grande étendue montre que l'opération si tardivement pratiquée ne pouvait sauver le malade.

L'examen de l'intestin permet alors de reconstituer en entier l'histoire clinique de ce jeune homme.

Atteint d'une hernie inguinale congénitale, au développement de laquelle la hauteur énorme de 35 centimètres de son mésentère n'avait sans doute pas peu contribué, il devait être porteur en même temps d'un diverticule rétropéritonéal d'origine également congénitale.

Ce diverticule était-il ou non habité et depuis longtemps ? C'est ce qu'il est impossible de savoir exactement au moins dans ce cas. Nous pencherions pour la première hypothèse en raison des faits de hernie chronique de cette nature assez fréquemment observés.

Cette hernie s'est engouée peu à peu comme en témoignait la distension moyenne des anses contenues à son intérieur.

Sous l'influence de cet engouement, de cette obstruction



Hernie périduodénale droite (observation IX)

L'original de ce dessin est dû au crayon de M. MARÉCHET, interne des hôpitaux.

On voit en bas les anses qui ont fait hernie derrière le péritoine et le collet de cette hernie dont l'orifice regarde à gauche. — En haut, d'autres anses distendues formant un volvulus.

chronique, les anses intestinales très nombreuses situées au-dessus de la hernie, appendues à un mésentère très long, ont dû se dilater d'abord, puis brusquement, au moment du début clinique des accidents, accomplir sous l'influence d'une cause déterminante impossible à préciser, un volvulus extrêmement grave en raison du territoire intestinal énorme (3^m 70) sur lequel il portait.

Ces observations n'offrent pas toutes malheureusement des renseignements suffisants pour permettre toujours de dire quelle fossette a donné naissance à ces hernies.

Ce que nous avons des observations de Zwaardemaker, de Clarke et de Rose nous fait juste savoir que l'on avait affaire à des hernies droites.

Brœsike dit que le bord libre de l'orifice herniaire, dans son cas personnel, était traversé par l'artère mésentérique supérieure et que le segment initial du jéjunum avait un trajet rétropéritonéal, et il conclut à une hernie dans la fossette mésentérico-pariétale ou parajéjunale comme il l'a appelée. Neumann a noté la même disposition et en a tiré la même conclusion. Gérard-Marchant et Quénu notent seulement le passage de l'artère mésentérique supérieure dans le bord libre de l'orifice herniaire, sans disposition anormale du jéjunum. Nous croyons cependant pouvoir ranger leur cas dans la variété mésentérico-pariétale.

Morestin, après avoir dit que les vaisseaux mésentériques passaient au-dessus puis en avant de la poche, tire la conclusion suivante : « Il m'a semblé que la hernie avait dû se faire dans une des fossettes située du côté gauche du duodénum ascendant, dans la fos-

sette duodéno-jéjunale inférieure, qui plus spacieuse et plus profonde est le siège le plus ordinaire de ces hernies rétropéritonéales ».

Reste à classer le cas du docteur Molin dans lequel on n'a observé ni vaisseaux mésentériques dans le bord libre de l'orifice herniaire, ni disposition anormale du segment initial du jéjunum. Il semble que ce soit la fossette infra-duodénale décrite par Poisson qui corresponde le mieux à ce cas.

Cette hernie était très bas située, nous n'en voulons pour preuve que la masse énorme d'intestin grêle qui s'était mise en volvulus au-dessus du sac lequel bien que peu considérable correspondait presque au cœcum par son extrémité droite. Autant de raisons pour ne pas l'assimiler à la fossette duodénale inférieure.

D'autre part l'absence complète d'anomalie de fixation du jéjunum ordinairement concomitante avec la fossette mésentérico-pariétale, nous empêcherait une assimilation de notre orifice d'entrée avec cette fossette, et à plus forte raison l'absence complète de tout élément vasculaire au niveau du collet de la hernie éloigné lui-même de la racine du mésentère.

En somme nous pensons que dans ce cas il s'agissait d'une variété de hernie rétropéritonéale dans la fossette infra-duodénale de Poisson, variété très admissible, bien que non encore décrite jusqu'à ce jour.

Que conclure de tout ceci ? c'est que l'histoire anatomique de ces hernies est loin d'être achevée, et que toute fossette bien observée est capable de renfermer une hernie. C'est ce que nous venons de démontrer en ce qui concerne notre observation personnelle.

DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS

Nous avons parcouru la plupart des travaux publiés sur les hernies rétropéritonéales, nous avons lu un faisceau respectable d'observations, et l'impression qui s'en dégage c'est qu'il est bien difficile, presque impossible de porter un diagnostic ferme de cette affection. Voilà bientôt un demi-siècle que Treitz désespérait à peu près de la possibilité du diagnostic et nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui puisque c'est tout juste si l'on peut citer au cours de cette longue période le seul diagnostic *approximatif* fait sur le vivant par Staudenmayer en 1886.

On s'explique sans peine une pareille difficulté si l'on songe que ces hernies d'une extrême rareté ne donnent lieu la plupart du temps qu'à des symptômes d'occlusion qui ne diffèrent en rien de ceux produits par les causes habituelles.

Nous ne parlerons pas des cas latents et ce sont probablement les plus nombreux. Il est évident qu'ils passent inaperçus, puisque rien extérieurement ne révèle

leur présence et qu'ils n'entravent que peu ou pas les phénomènes de la digestion.

Mais dans les cas où ces hernies donnent lieu à des accidents suraigus comme dans notre cas personnel à des accidents relativement lents comme dans le cas de Neumann, est-il possible de faire autre chose qu'un diagnostic d'étranglement interne de nature indéterminée ? Dans l'état actuel de la question un diagnostic ferme nous paraît impossible. Mais peut-être un chirurgien prévenu, pourra-t-il *souçonner une hernie de ce genre si au cours d'une occlusion de cause obscure, il constate une douleur localisée au niveau d'une tumeur développée dans une région où l'on sait exister des orifices berniaires, tumeur dont il aura soigneusement analysé les caractères, sonorité, modifications parallèles aux accès douloureux.*

Il s'en faut malheureusement que ces caractères soient constants. Dans notre cas personnel, la zone saillante était mate, fait dû sans doute à l'épanchement séro-hématique. Dans l'observation rapportée par Lapeyre de Tours, toute la région para-ombilicale était ballonnée tandis que les régions correspondant au gros intestin ne l'étaient pas. En présence de ce fait on porta le diagnostic d'occlusion de l'intestin grêle seul, mais on n'alla pas plus loin. Neumann porta le diagnostic d'ileus de cause mécanique probablement par volvulus ou étranglement interne, dont le siège ne devait être ni trop haut puisque les vomissements étaient survenus au bout de plusieurs jours, ni trop bas puisque le ventre n'était que modérément ballonné.

Dans le cas où Staudenmayer fit le diagnostic sur le vivant, il y avait avec des phénomènes d'occlusion plus

ou moins complets qui durèrent trente-quatre jours, une tumeur dans le côté gauche qui était apparue trois jours après le début des accidents.

Il est presque inutile d'ajouter qu'il est impossible de faire cliniquement le diagnostic de la variété de la hernie.

D'ailleurs que le diagnostic soit fait ou à faire c'est toujours à la laparotomie qu'il faudra avoir recours. Elle sera à la fois un moyen de faire un diagnostic certain, et un moyen de thérapeutique.

Que dire de ces hernies au point de vue du pronostic? Jamais elles ne se présentent comme les hernies banales, dans les conditions les meilleures pour être opérées, jamais à froid si l'on peut dire, quand elles se révèlent c'est qu'elles se sont compliquées, tantôt d'un étranglement comme cela arrive à toute hernie, tantôt d'un accident de voisinage, d'un volvulus, par exemple, au-dessus de la hernie comme cela s'est produit dans le cas de notre observation inédite.

Pour se faire une idée de leur gravité, il n'y a qu'à parcourir la liste des observations : l'extrême rareté des guérisons ne montre que trop éloquemment combien le pronostic en est sérieux.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons étudié l'anatomie des fossettes péri-duodénales. On en a pu en décrire jusqu'à douze variétés.

II. — Ces fossettes s'expliquent par l'embryologie qui permet de les classer en trois catégories : fossettes dues à des plis de traction à la suite d'adhérences ; fossettes dues à un défaut de coalescence ; fossettes dues à un soulèvement vasculaire.

III. — Toute fossette duodénale est susceptible d'être le siège d'une hernie, mais suivant que l'orifice de la fossette regarde à droite ou à gauche, la hernie sera gauche ou droite.

IV. — Dans notre cas, l'orifice regardait à gauche et la hernie était droite ; c'est très probablement la fossette que Poisson a appelée infraduodénale qui en a été le siège.

V. — Ces hernies rétropéritonéales d'un diagnostic très difficile, presque toujours impossible, ne sont pas

seulement dangereuses par elles-mêmes, mais encore par les complications qu'elles peuvent entraîner, en dehors de leur propre évolution et en particulier par les étranglements au-dessus de la hernie comme cela s'est produit dans notre cas où il s'agissait d'un volvulus.

VU :

Le Président de la Thèse,
A. PONCET.

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 juillet 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

ABÉE (C.). — Ueber hernia duodeno-jejunalis (hernia retroperitonealis Treitz) Beiträge z. path. Anat. u. z. allg. Path. Iéna, 1901.

BARRS. — A case of strangulatea retroperitoneal hernia (mésenteric hernia). Lancet, London, 1891.

BRÆSIKE. — Ueber intra-abdominale Hernien und Bauchfell-taschen. Berlin, 1891. Fischers medicinische Buchhandlung.

BRÜNING (T.). — Ein Fall von hernia duodeno-jejunalis sinistra. Hernia retroperitonealis Treitz. Wurtzburg, 1894.

CLARKE. — A case of retroperitoneal hernia. Tr. Path. Soc. London, 1892-1893.

EPPINGER. — Hernia retroperitonealis. Vierteljahrschrift für die Pract. Heilkunde, 1870. Jahrg. 27. Bd. I, Pray.

FURST. — Fall af hernia retroperitonealis. Nord. med. Ark. Stockholm, 1884.

HERZKY. — A Treitz-féle herniak és azok jelentősege. Gyogyaszat, Budapest, 1901.

JABOULAY. — Hernie rétropéritonéale. Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon, 1891.

JONNESCO. — Hernies duodénale et duodéno-jéjunale ou mésocolique. Progrès Médical. Paris, 1889.

— Hernies internes rétropéritonéales. Paris Steinheil, 1890.

KLEFBERG. — Hernia retroperitonealis incarcerata. Tidskr. i. mil. Helsov. Stockolm, 1894.

KRAUSS (F.). — Ueber Hernia retroperitonealis. Treitütz. Erlangen, 1884.

KUPPERS. — Hernia retromesenterica. Berlin, 1899.

LANZERT. — Ueber die Hernia retroperitonealis Beitrage zur Anat. und hist. St.-Petersbourg, 1872.

LAPEYRE (L.). — Hernie de l'intestin grêle tout entier dans la fossette duodéno-jéjunale. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1895.

LAUER. — Ein Fall von hernia mesocolonialis mit Einklemmung eines Sanduhrmagens. Greifswald, 1894.

MANSI. — Ueber Retroperitoneal hernien. München med. Wochenschr., 1893.

MORESTIN. — Hernie rétropéritonéale. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1896.

MOYNIHAN. — On retroperitoneale hernia, being the « Arris and Gale » lectures on « the anatomy and surgery of the peritoneal fossæ » delirend at the Royal college of Surgeons of England. London, 1899.

NEUMANN (A.). — Ein Fall von operativgeheilte Hernia retroperitonealis mesenterico-parietalis. Deutsche Zeitsch. J. Chir. Leipzig, 1898.

POIRIER. — Traité d'anatomie humaine. Tome IV.

POISSON. — Les fossettes péri-duodénales et leur rôle dans la pathogénie des hernies rétropéritonéales de Paris, Lille, 1895. Thèse de Paris.

ROGIE. — Anatomie du péritoine, Paris, 1895.

— Un cas de hernie rétro-péritonéale. Journal des Sciences Médicales. Lille, avril 1890.

ROBINSON. — Peritoneal fossæ and retroperitoneal hernia. Milwaukee. M. J. 1895.

RÜPING. — Ein Fall von Hernia retroperitonealis Treitzii Tübingen, 1895.

SCHEJA. — Ueber eine Hernia duodeno-jejunalis (Erlangen), Iéna, 1895.

SCHOLZ. — Beiträge zur diagnose der Treitzchen Hernia. Zeitschrift. f. Heilk. Wien. u. Leipzig, 1900.

SCHULZ. — Hernia retroperitonealis incarcerata. Deutsche Zeitschr. f. chir. Leipzig, 1896.

SHATTOCK. — Hernia into the fossa duodeno-jejunalis. Tr. Path. Soc. London, 1884-1885.

SONNENBURG. — Hernia peritonealis Treitzü. Festschr. z. Feier. Kiel und. Leipzig, 1893.

STAUDENMAYER (O.). — Duodeno-jejunal. Hernie mit Erscheinungen von Darmverengerung (Tübingen) Stuttgart. 1886.

STRAZHEVSKI. — Riedkig sluchai herniœ duodeno-jejunalis, Russk. Med. St.-Pétersbourg, 1888.

TESTUT. — Anatomie descriptive. Tome III.

TREITZ. — Hernia retroperitonealis. Ein Beiträge zur Geschichte innerer Hernien. Prag. 1857.

TUBBY. — A case of retroperitoneal hernia in which recovery took place after operation. Brit. M. J. 1898.

WALDEYER. — Hernia retroperitonealis nebst Bemerkungen

zur Anat. des Peritoneum. Breslau 1868, zum zweiten Male.
Abgedrückt in Virchow's. Archiv., 1874.

ZWAARDEMAKER. — Hernia retroperitonealis incarcerata.
Nederlandsh militair Geneeskunding Archief von de Land-
macht, het Oost-en-West-Indish Leger. 8^e Jaargang, 1^{er} Afle-
vering, 1884. Utrecht.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction et Historique	9
Anatomie des fossettes duodénales.....	15
Embryologie des fossettes	23
Anatomie pathologique.....	27
Diagnostic et Complications	50
Conclusions.....	53
Bibliographie.....	55
